Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuję: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 23 lipca 1881. № 30. Rok XX.

Dr. ANTONI BRYK,

Profesor Kliniki Chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego itd.

D. 16 b. m. dokonał życia Dr. Antoni Bryk profesor kliniki chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego, licząc lat 62.

Zmarły profesor urodził się w Dubiecku, nauki lekarskie pobierał w Uniwersytecie Wiedeńskim, gdzie r. 1846 otrzymał dyplom doktorski; następnie wstąpił do Instytutu operacyjnego, kształcił się pod kierunkiem sławnego Wattmanna, i po dwóch latach uzyskał patent na operatora. Pierwszą doniośléjszą czynnością młodego chirurga było wzięcie udziału w wojnie węgierskiéj (1849) gdzie blisko rok był czynnym tak w szpitalach jak i na linii bojowéj. R. 1852 powołany został do Krakowa na profesora Medycyny Sądowéj, a po śmierci ś. p. prof. Bierkowskiego zajął jego miejsce na katedrze profesora kliniki chirurgicznéj w Krakowie, i godność tę piastował do ostatnich dni życia.

Ś. p. prof. Bryk był człowiekiem nauki w najszerszém znaczeniu tego wyrazu; Chirurgija w jego ręku nie była zręcznym tylko mechanizmem operowania, chociaż był on mistrzem téj sztuki; wykształcenie specyjalne zmarłego profesora wznosiło się na szerokim gruncie wiedzy wszechstronnéj. Z młodzieńczym zapałem i benedyktyńską wytrwałością wczytywał się on w literaturę lekarską całego świata cywilizowanego, i pomimo siwego włosa każdy większy wynalazek w Chirurgii zapalał w nim święty ogień miłośnika wiedzy i postępu.

Z uznaniem, na jakie sama rzecz zasługuje, należy nam tu uwydatnić, że imie zgasłego profesora wypisane jest na liście założycieli Przeglądu Lekarskiego, że w pierwszych latach istnienia tego dziennika zasilał on go nader cennemi swemi pracami: a czytelnicy naszego pisma niewątpliwie spostrzegli, że w paru ostatnich latach kilka poważnych prac z kliniki śp. prof. Bryka ogłosił Przegląd. Ze śmiercią prof. Bryka ubywa nauce jeden z jéj najwierniejszych miłośników i szermierzy, a Uniwersytetowi doświadczony i światły nauczyciel ważnéj gałęzi nauki lekarskiéj.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Bryka.

Trzy przypadki osteotomii.

Podał Dr. Schramm.

Od czasu wprowadzenia sposobu operowania i leczenia ran ściśle przeciwgnilnego przez Listera zakres operacyi chirurgicznéj rozszerzył się bardzo znacznie i dziś prawie na porządku dziennym są takie operacyje, które jeszcze przed 10 laty były albo całkiem nieznane, lub których przedsiębrania zakazywało groźne niebezpieczeństwo gnilicy i ropnicy. Do takich operacyj zaliczyć także wypada osteotomiję. Kto bowiem wie jak wielki był procent śmiertelności przy komplikowanych złamaniach kości ten pojmie, że niełatwo było znaleść chirurga, któryby w celu wyleczenia wady wrodzonéj lub nabytéj odważył się na sprowadzenie takiego złamania sztucznie przez odsłonięcie i przecięcie kości, a nawet Towarzystwo chirurgów w r. 1855 orzekło, że osteotomija jest operacyją barbarzyńską, która co najwyżéj może mieć miejsce tylko w historyi chirurgii *(Brechet. Gaz. med. Strassburg 1879).* A zatém do usunięcia krzywicznych zniekształtnień odnóg, do wyleczenia zboczeń w stawach zwłaszcza w postaci *genu valgum, pes varus, equinus* i t. d. używano prawie wyłącznie najrozmaitszych maszyn. Leczenie takie jednak trwało lata, wymagało bardzo troskliwéj i ciągłéj opieki lekarskiéj, a często zwłaszcza przy wyższych, a zatém najbardziéj dokuczliwych stopniach zboczenia, leczenie to nie miało żadnego skutku.

Wprowadzenie operowania i leczenia ran ściśle przeciwgnilnego wpłynęło bardzo stanowczo i korzystnie i na ten dział chirurgii. Gdy się bowiem przekonano, że świeże złamania kości długich powikłane z rozdarciem skóry, goją się pod opatrunkiem Listera bardzo pomyślnie, odważono się w celach leczniczych sprowadzać podobne uszkodzenia sztucznie w nadziei, że postępowaniem tém uda się wyleczyć dane zboczenie szybko, pewnie i bez narażenia chorego na znaczniejsze niebezpieczeństwo.

Nadzieje te zostały zupełnie usprawiedliwione doświadczeniem, a jako dalszy dowód tego niech mi wolno będzie opisać 3 przypadki osteotomii wykonane w klinice prof. Bryka. Przypadki te stanowią właściwie 5 osteotomij, gdyż u jednego z chorych operacyję tę wykonano 3 razy w różnych miejscach, a przedstawiają one zarazem 3 rodzaje osteotomii, mianowicie nadcięcie kości długiéj i złamanie jéj w celu usunięcia nieprawidłowego skrzywienia jéj osi, przepiłowanie wyrostka stawowego w celu usunięcia zbezkształtnienia w kolanie, wreszcie wycięcie klina złożonego z odcinków kilku przylegających do siebie kości stopy.

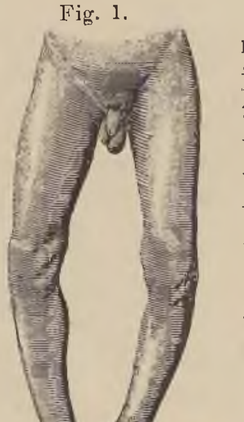
Przypadki te opiszę w streszczeniu:

I. Wygięcie krzywicze obu kości goleniowych. Osteotomija dwukrotna na podudziu prawém i jednorazowa na lewém. Wyleczenie.

R. M. lat 17 liczący zecer, pochodzi z rodziny zdrowéj, przebywał w dzieciństwie ospę i odrę, a nadto w 1 roku życia zapadł na krzywicę, po któréj pozostało znaczne zboczenie w kształcie odnóg dolnych, i z tego powodu właśnie M. zgłosił się do kliniki chirurgicznéj. Badany w dniu 5/11 1879 r. przedstawił stan następujący. Chłopiec na wiek swój słabo rozwinięty, mięśnie wiotkie. Kości czaszki, twarzy, klatki piersiowéj, jako téż odnogi górne i kręgosłup nie przedstawiają żadnych zboczeń, miednica prawidłowa. Odnogi dolne łukowato wygięte, tak że przy stykaniu się jednéj stopy z drugą odległość między kłykciami wewnętrznemi kości udowych wynosi 14 cm. Największa jednak krzywizna przypada na dolne części obu podudzi, tak że na granicy między dolną a środkową trzecią częścią kości te są jakby nadłamane. Wiązadła kolanowe zewnętrzne wiotkie, wewnętrzne naprężone i skurczone, w ogóle jednak tak ruchy obrotowe, w kolanie po zagięciu podudzia, jak téż ruchy odwodzące są łatwiejsze i obszerniejsze niż w stanie prawidłowym.

W skutek znacznego skrzywienia kości podudzia M. stąpa więcéj na zewnętrzny brzeg stopy, tak że rozwinął się u niego lekki stopień *pedis vari*. Wreszcie dodać mi wypada, że wszystkie wspomniane zmiany chorobowe dosięgły nieco wyższego stopnia na odnodze prawéj niż na lewéj, jak to przedstawia (fig. 1).

Fig. 1.



W czasie zupełnego spoczynku nie doznaje M. żadnego bólu, jeżeli jednak chodzi cokolwiek więcéj, na tenczas występuje ból dokuczliwy w obu stawach kolanowych zwłaszcza w prawym. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje żadnych zboczeń, tętno i ciepłota prawidłowe.

W obec znacznego stopnia skrzywienia kości i zadawnienia sprawy chorobowéj, nie można było ani myśleć o usunięciu zboczenia za pomocą leczenia ortopedycznego. A przecie zboczenie to było ważne, gdyż nieprawidłowe ułożenie stawów kolanowych i stóp było przyczyną znacznych bólów i czyniło M. niezdatnym do pracy, zwłaszcza, że jako zecer zmuszony był prawie do ciągłego stania. Jedynym więc sposobem uwolnienia chorego od tych dolegliwości było sprostowanie odnóg dolnych drogą operacyjną, za pomocą osteotomii, do któréj téż prof. Bryk przystąpił dnia 9/11 1879. Po dokładném obmyciu całego podudzia prawego kwasem karbolowym zachloroformowano chłopca, a po założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. B. w dolnéj trzeciéj części podudzia na wewnętrznéj ścianie piszczela i prostopadle do osi téjże kości cięcie na 2 cm. długie przez wszystkie części miękkie. Następnie przecięto kość w większéj połowie jéj grubości dłutkiem resztę złamano przez wyprostowanie podudzia. Cała ta operacyja odbyła się pod mgłą kwasu karbolowego. Ranę pokryto opatrunkiem Listera a w końcu ustalono podudzie za pomocą opaski gipsowéj, sięgającéj od połowy uda aż na stopę zaznaczając nitką miejsce odpowiadające ranie, aby w razie potrzeby w miejscu tém można wyciąć okno.

Na drugi dzień po operacyi ciepłota podniosła się do 38·2. Z tego powodu wycięto w gipsie okienko po nad raną, gdy jednak na gazie karbolowéj znajdowała się tylko mała plama od zaschłéj surowicy, przeto rany nie odsłaniano.

Nazajutrz ciepłota wróciła do prawidłowego stanu, i już potem ani raz nie podniosło się ponad 37.6. Bólów w ranie lub jakichkolwiek przypadów nie było zupełnie. Dnia 18/12 zatém 6 tygodni po operacyi przecięto opaskę gipsową i odjęto opatrunek, pod którym rana była całkowicie zagojona pokryta cienkim brunatnym strupkiem. Kość była zupełnie stale zrośnięta, w miejscu przecięcia zupełnie nie zgrubiała, a nawet przy dokładném macaniu wyczuć można płytki rowek znajdujący się w miejscu rany kostnéj. Skrzywienie łukowate piszczela zupełnie wyrównane w dolnéj części téjże kości, w górnéj jednak jéj połowie pozostała krzywizna dość znaczna.

Przez 5 dni następnych kładziono operowaną nogę w but Petita następnie zakładano samą opaskę flanelową a od 1/1 1880 r. pozostał operowany bez żadnego opatrunku. W dniu 7/1 1880 przystąpił prof. B. do osteotomii na lewém podudziu, którą wykonał na granicy między górną a średnią trzecią częścią kości zupełnie w ten sam sposób jak to opisałem poprzednio. Po wyprostowaniu podudzia odstęp między obu odłamkami piszczela wynosił 3 do 4 mm., strzałka pozostała nienaruszona. Po zespojeniu rany 5ma szwami z katgutu i pokryciu jéj opatrunkiem Listera ustalono podudzie w prawidłowém położeniu za pomocą opaski gipsowéj.

Po wyschnięciu gipsu przystąpił prof. B. do powtórnéj osteotomii na podudziu prawém w celu zniesienia pozostałéj jeszcze krzywizny w górnéj jego części. Operacyja ta została wykonana w ten sam sposób i w tém samém miejscu co i na podudziu lewém. Oba odłamki piszczela po przyprowadzeniu odnogi do prawidłowego położenia odstawały na 5mm. Ranę zespojono 6 szwami katgutowemi, opatrzono sposobem Listera i odnogę tę podobnie jak lewą ustalono opaską gipsową. Nadmienić mi wypada, że przy przecinaniu obu kości wyszczerbiło się dłutko tak, że okruszyny stali pozostały w kości. Przez dwa dni następne chłopiec doznawał lekkiego bólu w miejscu ran, ciepłota podniosła się wieczorem dnia drugiego do 38° późniéj utrzymywała się stale między 37.5 a 37.6° C. Stan ogólny operowanego nie pozostawiał nic do życzenia.

D. 3/3 zatém w 8 tygodni po operacyi zdjęto ostrożnie opaskę gipsową z lewéj odnogi. W miejscu przecięcia kości znajdowała się jeszcze ranka zupełnie powierzchowna, kość była mocno zrośnięta. Założono więc opatrunek aseptyczny i odnogę ustalono w rynience gipsowéj.

W dniu 6/3 zdjęto opaskę gipsową z odnogi prawéj. Kość była zupełnie zrośnięta, tylko podobnie jak na podudziu lewém znajdowała się mała ranka powierzchowna. Opatrzono ją więc aseptycznie i odnogę ułożono w rynience gipsowéj. Uwagi godną jest ta okoliczność, że podobnie jak po pierwszéj osteotomii, tak i tym razem w miejscu zrośnięcia się kości nie było żadnego zgrubienia, lecz owszem kości pozrastały się tak, że przy obmacywaniu nie można było wyczuć miejsca nadwyrężenia.

Fig. 2.



Do dnia 15/3 leżał chory w rynienkach gipsowych a następnie dostawał co dzień ciepłą kąpiel. W pierwszych dniach kwietnia zaczął chodzić z pomocą kul a 19 kwietnia 1880 opuścił klinikę zupełnie wyleczony. Kształt jego nóg przedstawia (fig. 2) zdjęta z fotografii.

II. *Genu valgum* znacznego stopnia osteotomija sposobem Ogstona. Wyleczenie.

Kuźniarski Jan, lat 22 liczący, piekarz, pochodzi z rodziny zdrowéj, w młodości nie przebywał żadnych ważniejszych chorób. W 13 roku życia oddany został na naukę do piekarza, a w czwartym roku terminowania spostrzegł, że kolano prawe zaczęło zbaczać ku wewnątrz. Przez całe te 4 lata zmuszony był stać bardzo dużo, nosić ciężkie worki z mąką a wsadzając chleb do pieca przyjmował zawsze taką postawę, że nogę prawą wysuwał ku przodowi, zaginając kolano tak że cały prawie ciężar ciała spoczywał na wewnętrznéj połowie kolana prawego.

Gdy wygięcie tegoż kolana na wewnątrz dosięgło już nieco większego stopnia występowały dość silne bóle, wzmagające się przy cięższéj pracy, kolano utraciło swą stałość, tak że K. często upadał, zwiększając przez to swe dolegliwości. Wreszcie zmuszony był opuścić na czas jakiś swój zawód, przepędził kilka miesięcy w spokoju; gdy jednak przy ponownem rozpoczęciu swego zawodu, bóle w kolanie i inne dolegliwości na nowo i z większą siłą wystąpiły, pzybył K. w celu szukania pomocy na klinikę chirurgiczną, gdzie znaleziono stan następujący:

Stan odżywienia mierny, kościec dobrze rozwinięty, na głowie i szyi nie ma żadnych zboczeń, klatka piersiowa szeroka, płaska; łopatka lewa nieco wyżéj ustawiona niż prawa, kręgosłup w części swéj lędźwiowéj lekko na lewo wykrzywiony. Narząd oddechania, krążenia i trawienia nie przedstawia żadnych zboczeń. Miednica nieco skośnie ustawiona tak że lewa jéj połowa położona jest wyżéj niż prawa. Lewa odnoga dolna lepiéj odżywiona, mięśnie na niéj znacznie jędrniejsze niż na prawéj, która w kształcie swym przedstawia znaczne zboczenia. Tworzy ona bowiem kąt, wklęsłością na zewnątrz zwrócony, którego wierzchołek tworzą znacznie zgrubiałe kłykcie wewnętrzne kości udowéj i piszczela. Kąt ten wynosi 110°. Rzepka ustawiona jest powyżéj kłykciów i na zewnątrz od nich, tak że odstęp ten wynosi 6 cm. Objętość stawu kolanowego prawego zwiększona, wynosi tuż pod rzepką 38½ cm., podczas gdy obwód kolana lewego nawet przez środek rzepki wynosi tylko 35 cm. Części miękkie po stronie wewn. kolana chorego są naprężone po stronie zaś wewnętrznéj skurczone więzadła i ścięgno mięśnia dwugłowego rysują się bardzo wyraźnie pod skórą. Po zagięciu podudzia prawego nieforemność kolana prawie zupełnie się wyrównywa wyniosłość utworzona przez kłykcie wewnętrzne znika, rzepka posuwa się nieco na dół i nieco więcéj na zewnątrz tworząc w tém położeniu punkt przeciwległy kłykciom wewnętrznym.

W postawie stojącéj badanego i przy stykaniu się kolan, odstęp między piętami wynosi 18 cm., między dużemi palcami zaś 24 cm. Podeszwa obu stóp płaska, a nawet brzeg zewnętrzny stopy prawéj nieco podniesiony ku górze. Stan chorego przed operacyją przedstawia (fig. 3).

Fig. 3.



Przyczyny rozwinięcia się tych zboczeń w naszym przypadku są zupełnie jasne i zrozumiałe. Chory nasz, nosząc worki z mąką na plecach i zmuszony z zawodu swego przepędzać znaczną część doby na nogach obciążał zanadto stawy kolanowe, zwlaszcza prawy. Przy każdém zaś obciążeniu kadłuba ucisk przenosi się więcéj na kłykcie wewnętrzne, które téż w skutek tego drażnienia przerastają, podczas gdy zewnętrzne rozwijają się słabiéj, a nawet zanikają. Naturalném następstwem tego jest, że osie uda i podudzia tworzą kąt na zewnątrz rozwarty. Przy dłuższém trwaniu cierpienia części miękkie po stronie zewnętrznéj stawu ulegają skróceniu, przyczyniając się w ten sposób ze swéj strony do powiększenia zbezkształcenia. Łatwo także zrozumieć, że przy takiem uformowaniu stawu kolanowego cały ciężar ciała przenosić się musi prawie całkiem na wewnętrzny brzeg stopy, który też ulega przypłaszczeniu, dając tym sposobem początek następnemu wytworzeniu się *pedis valgi.* Jedna jeszcze okoliczność zasługuje na bliższą uwagę w naszym przypadku, a mianowicie położenie rzepki. Zwykle bowiem kość ta mimo zboczenia w stawie kolanowym pozostaje w swém prawidłowém położeniu, lub przynajmniéj przyjmuje je napowrót przy zagięciu chorego kolana. U naszego zaś chorego zboczenie rzepki na zewnątrz nie wyrównywało się całkiem po zagięciu kolana, owszem kość ta posuwała się jeszcze bardziéj na zewnątrz, dając przez to dowód wysokiego stopnia zaniku kłykci zewnętrznych, a przerostu wewnętrznych.

Porzucenie zawodu i dłuższy spokój, jako środki lecznicze były u naszego chorego zupełnie niewystarczające, gdyż tym sposobem możnaby tylko na czas krótki zapobiedz rozwojowi choroby, nie ulega jednak najmniejszéj wątpliwości, że przy ponownem używaniu kończyny musiałyby na nowo wystąpić bóle, pochodzące od ucisku na kłykcie wewnętrzne i naprężenia więzadeł stawowych. Również nie na miejscu byłoby leczenie ortopedyczne za pomocą odpowiednich szyn i przyrządów, gdyż leczenie takie nie obiecywało żadnego wyniku. Pozostawało więc jedynie usunięcie zbeskształtnienia za pomocą osteotomii. Z pomiędzy licznych sposobów operowania podawanych przez rozmaitych chirurgów wybrał prof. B. sposób Ogstona, polegający jak wiadomo na odpiłowaniu kłykcia wewnętrznego uda i przesunięciu go w górę. Po oczyszczeniu więc dokładném pola operacyjnego i zachloroformowaniu chorego, wbil prof. B. nóż długi a wąski po nad kłykciem wewnętrznym kości udowéj

tak głęboko, że koniec noża czuć można było przez skórę w dołku między obydwoma kłykciami udowemi, jako dowód, że otwartą także została torebka stawowa. Po wyjęciu noża wprowadzono w otwór przez niego zrobiony piłkę nożyko watą, którą piłowano kłykieć wewnętrzny w kierunku ku tyłowi, ku górze i ku wewnątrz. Gdy już większa część grubości kłykcia była przepiłowaną, wyjęto piłkę i przez przyprowadzenie podudzia w położenie prawidłowe odłamano resztę nieprzepiłowanéj kości. Cała operacyja odbyła się pod ciepłą mgłą karbolową. Ranę pokryto opatrunkiem Listera, a w celu zupełnego unieruchomienia odnogi, założono opaskę gipsową obejmującą miednicę i sięgającą aż poniżéj kostek operowanéj odnogi, którą ułożono w klatce Saltera. Wieczorem tego samego dnia ciepłota podniosła się do 38·5, wystąpiły lekkie bóle w kolanie operowaném, zresztą stan pomyślny.

14/2 rano ciepłota 38·3, chory uskarża się na ciężkość w oddechaniu, palce zagipsowanéj nogi nieco obrzmiałe i sinawe. Z tego powodu wycięto część opaski gipsowéj z miednicy i ze stopy aż do połowy podudzia. Przez nattępne 5 dni do 19/2 gorączka ciągła, ciepłota wacha między 39·1 a 38·3°C. Objaw ten, jakotéż bóle utrzymujące stale w kolanie zmusiły do odcięcia opaski gipsowéj. Po rozcięciu jéj okazała się na opatrunku Listera plama wielkości talara, barwy ciemno-czerwonéj, pochodząca z krwi skrzepłéj i niecuchnąca. Kolano w prawidłowém ułożeniu. W obec takiego stanu rzeczy, a mianowicie przy braku wszelkich śladów wydzieliny ropnéj na opasce, postanowiono rany nie odsłaniać. Opatrunek pierwotny pokryto jeszcze warstwą waty salicylowéj i ułożono odnogę w bucie Petita.

Nazajutrz rano spostrzeżono lekkie zboczenie podudzia na zewnątrz, inne przypady pozostały te same co poprzednio; nadmienić tylko wypada, że chory kaszle dosyć często, a w nocy zrywa się, poruszając przy tém całą odnogę operowaną.—Gorączka lubo mniejsza, między 38·5 a 37·9°C. utrzymywała się aż do 25/2 tj. przez dni 13, również bóle w kolanie zmniejszały się, a dla zupełnego usunięcia ich i głównie w celu zapobiegnięcia zrywaniom się w nocy, i niepokojeniu kolana, wstrzykiwano co wieczór po 2 ctgr. morfiny.

Od 25/2 do 6/3 stan bezgorączkowy, bóle w krtani ustąpiły zupełnie, jednak zboczenie podudzia na zewnątrz powiększyło się cokolwiek.

W dniu 6/3 zatém w 23 dni po operacyi odjęto pierwotny opatrunek Listera. Rana w skórze była zupełnie zabliźniona, pokryta cienkim strupkiem, kolano nieobrzmiałe i niebolesne. Ruchy bierne w kolanie utrzymane, więzadło zewnętrzne jakotéż ścięgno mięśnia dwugłowego napięte wymacać się dają pod skórą jako pasma postronkowate.

Po pokryciu kolana watą salicylową założono opaskę gipsową, sięgającą od połowy uda do połowy podudzia, poczém ułożono odnogę w klatce Saltera.

Dnia 3/4 odjęto opaskę gipsową. Stan kolana w dniu tym był następujący: Rana w skórze zupełnie zabliźniona, kolano niebolesne, obwód jego mierzony tuż pod rzepką wynosi 37 cm. zatém o $1\frac{1}{2}$ cm. mniéj niż przed operacyją. Kąt jaki tworzy oś uda z osią podudzia wynosi 155°. W celu zniesienia tego zboczenia, zachloroformowano chorego a po przyprowadzeniu podudzia w położenie prawidłowe założono ponownie opaskę gipsową od połowy uda do połowy podudzia. Po ocuceniu się z uśpienia chory skarży się na lekkie bóle w kolanie, które wkrótce ustąpiły, zresztą zabieg ten nie wywołał żadnych innych przypadków. Od dnia 23/4 chory nasz zaczyna chodzić na kulach. 25/5 zdjęto opaskę gipsową, ruchy w kolanie operowaném ograniczone, tak że kąt między zupełném wyprostowaniem podudzia a największém możliwém zagięciem wynosi tylko 10 stopni. Bólu w kolanie nie ma zupełnie.

Dnia 27/6 zatém w cztery i pół miesiąca po operacyi opuszcza K. klinikę a stan jego był następujący: Klatka piersiowa zupełnie prawidłowéj budowy, łopatki obie jednakowo ustawione. Kręgosłup w części swéj lędźwiowéj zbacza zaledwo dostrzegalnie na prawo. Obie odnogi dolne prawie jednakowo odżywione. Kolano prawe zbacza nieco na wewnątrz, tak że kąt między udem a podudziem téjże strony wynosi 158. —Więzadło zewnętrzne i ścięgno mięśnia dwugłowego mocno napięte. Obwód kolana prawego 37, lewego 35 cm. W postawie stojącéj i po zbliżeniu obu kolan do siebie odstęp między oboma piętami wynosi 5 cm., między palcami wielkiemi 9 cm., podczas gdy przed operacyją wymiary te kształtu odnogi wynosiły 16 i 24 cm. Bardzo znaczne polepszenie przedstawia najlepiéj rycina (fig. 4).

Fig. 4.



Operowany jednak jest w stanie przez cokolwiek silniejsze działanie mięśni zbliżyć obie stopy do siebie tak, że dotykają się w całości swemi brzegami wewnętrznemi. Kształt stóp nie zmienił się pozostały one tak, jak były przed operacyją płaskiemi. Ruchy w kolanie tak bierne jak i czynne możliwe lubo jak to już wyżéj wspomniałem znacznie ograniczone.

Kuźniarski przedstawił się w maju 1881 r., zatém przeszło rok po operacyi. Stan jego kolana zmienił się o tyle, że zboczenie podudzia powiększyło się o kilka stopni, jednak K. jest w stanie wyrównać je przez samo działanie mięśni. W celu zapobiegnięcia dalszemu rozwojowi skrzywienia założono na kolano operowane szynę ustalającą Lorinsera.

III. Stopa końska lewa *(Pes equinus)*. Wycięcie klina kostnego z grzbietu stopy, przecięcie ścięgna Achillesa. Wyleczenie.

Józefa Krumholz lat 13 licząca, pochodzi z rodziców zdrowych, prócz przebycia ospy i kilkakrotnéj zimnicy nie przypomina sobie żadnych innych chorób, a przybywa na klinikę z powodu zbezkształtnienia stopy lewéj w postaci tak zwanéj stopy końskiéj, które to zboczenie trwać ma już od pierwszego niemowlęctwa. Badanie w dniu przyjęcia K. do kliniki dnia 11/1 1881 wykazało stan następujący. Dziewczynka miernie odżywiona, na wiek swój dobrze rozwinięta, skóra blada, delikatna. Narząd oddechania, krążenia i trawienia nie przedstawiają żadnych zboczeń. Odnoga dolna lewa krótsza o 2 cm. od prawéj i chudsza, stopa jéj przedstawia kształt stopy końskiéj, tak że przy chodzeniu opiera się K. tylko na główkach kości śródstopia i palcach téjże nogi. Ścięgno Achillesa, jakotéż ścięgno zginacza krótkiego palców i powięź stopowa mocno skurczone i napięte. Kształt téj stopy przed operacyją przedstawia (fig. 5). W celu usunięcia téj wady wykonał prof. Bryk d. 27/1 b. r. osteotomiję stopy w sposób następujący:

Fig. 5.



Po dokładném oczyszczeniu całéj stopy kwasem karbolowym 2%, po zachloroformowaniu dziewczyny i założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. cięcie przez grzbiet stopy, idące od środka odstępu między kostką wewnętrzną a kością klinową pierwszą a sięgające do środka odstępu między kostką zewnętrzną a wyrostkiem kości sześciennéj, idące przez wszystkie części miękkie aż do kości.

Założywszy 4 ligatury z katgutu na widoczne naczynia odsłonił prof. stan Choparta i za pomocą piłki Szymanowskiego wypiłował klin, którego podstawa była na grzbiecie stopy i jéj brzegu wewnętrznym, ostrze zaś skierowane było ku podeszwie i na zewnątrz. Klin ten składał się z następujących kości: z główki kości skokowéj, tylnéj połowy kości czółenkowatéj i tylnego odcinka kości sześciennéj; powierzchnia zaś stawowa przednia kości piętowéj ogołocona została z chrząstki za pomocą dłutka. Po wyjęciu tego klina okazało się, że skurczone ścięgno Achillesa przeszkadza dokładnemu przyleganiu powierzchni resekcyjnych, dla tego téż wykonał prof. Bryk tenotomiję tego ścięgna, a ranę ztąd pozostałą zalepiono natychmiast watą salicylową umaczaną w kolodium i pokryto ją paskami plastru angielskiego.

Teraz powierzchnie przeciętych kości dały się złożyć zupełnie dokładnie. Odjęto więc wąż Esmarcha, a gdy żadne naczynie nie krwawiło, zespoił prof. przecięte ścięgna na grzbiecie stopy i ranę skórną katgutem.

Cała ta operacyja odbyła się pod ciepłą mgłą tymolową, wreszcie pokryto ranę silkiem i kawałkiem gazy karbolowéj, a odsunąwszy rozpylacz przystąpiono do założenia przyrządu ustalającego, jak prof. Bryk używał zawsze na swéj klinice, ilekroć chodziło o zupełne unieruchomnienie stopy. Przyrząd ten jest następujący. Najpierw zakłada się opaskę gipsową od kostek aż powyżéj kolana. Po wyschnięciu téj opaski przytwierdza się stopę za pomocą plastrów do wyścielonéj płytki blaszanéj opatrzonéj odpowiednią rynewką dla podparcia pięty, od któréj to płytki idą trzy mocne druty wygięte półkolisto a następnie przylegające dokładnie do założonéj opaski gipsowéj, do któréj przymocowuje się je za pomocą 2 lub 3 warstw takiéjże opaski. Po wyschnięciu téj powierzchownéj warstwy gipsu pokryto całą stopę opatrunkiem Listera, odniesiono operowaną na salę, a odnogę ułożono w klatce Saltera w położeniu poziomém. Opaska w ten sposób założona pozostawała przez dni 12. Ciepłota, z wyjątkiem drugiego dnia po operacyi, w którym podniosła się do 38.5, pozostała ciągle prawidłową, chora prócz lekkich bólów w miejscu operowaném nie doznawała żadnych dolegliwości.

W 12 dniu po operacyi odsłonięto stopę a stan jéj był następujący. Rana na grzbiecie stopy zagojona *per primam intentionem* z wyjątkiem kąta zewnętrznego i wewnętrznego, gdzie znajdują się granulacyje żywo czerwone pokryte skąpą ilością śluzowo ropnéj. wydzieliny. Stopa, spoczywająca na szynie w prawidłowém położeniu, nie obrzmiała, nie bolesna. Po oddaleniu skąpéj wydzieliny i kawałków oprzałego przyskórka pokryto stopę na nowo opatrunkiem Listera i ułożono jak poprzednio w klatce Saltera. Rany po tenotomii zupełnie nie odkrywano. Dnia 11/1 tj. w 42 dni po operacyi odjęto opatrunek powtórnie. Przez cały ten czas stan choréj nie pozostawiał nic do życzenia. Przy oglądaniu stopy znaleziono ranę na grzbiecie zupełnie zabliźnioną z wyjątkiem miejsca wielkości soczewicy w zewnętrznym kącie rany, pokrytego żywemi granulacyjami. Rana po tenotomii zagojona, ruchy palcami ustrzymane, jako dowód, że przecięte, a następnie zespojone ścięgna na grzbiecie stopy dokładnie się pozrastały.

Fig. 6.



W dniu tym zatém odjęto przyrząd ustalający, granulacyje zbyt mocno bujające przylapisowano, a po założeniu opatrunku aseptycznego ułożono odnogę w bucie Petita, w którym dziewczyna pozostała przez dni kilkanaście, aż do zupełnego zabliźnienia się rany, a następnie od dnia 28/3 zaczęła chodzić o kulach. W połowie czerwca mogła już chodzić o własnych siłach, kształt jéj stopy w dniu opuszczenia kliniki dnia 3/7 przedstawia (fig. 6).

Dziewczynka ta przedstawiała się jeszcze kilka razy w klinice. Operowana stopa ma kształt zupełnie prawidłowy.

Z powyższych zatém przypadków można wyprowadzić następujące ważne wnioski:

Osteotomija nie jest operacyją niebezpieczną, gdyż przy danych korzystnych warunkach rana przy téj operacyi zadana goi się bez żadnych groźniejszych przypadów. Przez te korzystne i niezbędne warunki rozumieć należy zachowanie wszelkich ostrożności antyseptycznych podczas operacyi i zupełne unieruchomienie operowanéj odnogi. Najlepszym sposobem unieruchomienia wydaje się nam założenie opaski gipsowéj lub trypolitowéj na operowaną odnogę tak, aby przynajmniéj obydwa stawy, z któremi graniczą kości przepiłowane, były objęte opaską. Rozumie się samo przez się, że poprzednio na ranę założyć należy opatrunek Listera. Jak korzystne jest takie postępowanie, poucza najlepiéj przypadek I, w którym tego sposobu użyto dwa razy. Opatrunek w powyższy sposób założony leżał bez zmiany 6—8 tygodni, przez cały czas nie było zupełnie gorączki, a po zdjęciu opatrunku okazała się rana zupełnie zagojona.

Drugi w podobny sposób leczony przypadek, okazał przebieg nieco odmienny. Zasługuje bowiem na uwagę, że już na drugi dzień po operacyi pojawiła się gorączka, lubo nie bardzo wysoka, która w jednakowym prawie stopniu trwała przez dni 13. Gorączka téż była przyczyną, że w 5 dni po operacyi odjęto opaskę gipsową, a odnogę ułożono na szynie Petita. Ten jednak przypadek właśnie dowodzi wyższości opaski twardniejącéj nad wszelkim innym przyrządem ustalającym, gdyż już nazajutrz po zdjęciu gipsu podudzie zboczyło na zewnątrz, poddając się mimo ułożenia w bucie Petita działaniu mięśnia dwugłowego. Zachodziłoby tylko pytanie, co spowodowało gorączkę w tym przypadku? Że w otwartym przez operacyję stawie odbyła się sprawa zapalna, dowodzi powstanie ankylozy; czy jednak zapalenie to wzniecone zostało przez pozostałe w stawie trociny kostne, czy przyczyną jego były bardzo niekorzystne stosunki higi-

jeniczne w naszéj klinice, tak że mimo wszelkich usiłowań operacyja nie odbyła się ściśle przeciwgnilnie, są to pytania, na które nie mogę stanowczo odpowiedzieć, przypisałbym jednak większe znaczenie przyczynie drugiéj, już dla tego, że doświadczenie z innych klinik poucza, że takie drobne odłamki kości mogą być wessane bez żadnych przypadów. Mimo to jednak przypadek nasz osteotomii Ogstona był wcale korzystny. Zboczenie podudzia zostało zniesione prawie zupełnie, a operowany oddaje się nadal swéj pracy, nie doznając dolegliwości. Mógłby kto wprawdzie zarzucić, że ankyloza kolana, u tego chorego jest ujemną stroną operacyi. Zarzut taki jednak byłby zupelnie niesłuszny. Po pierwsze bowiem, ankyloza nie była zupełna, nie była kostna i nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że przez odpowiednie postępowanie możnaby powrócić ruchomość kolana. Nie było to jednak zupelnie wskazaném i tutaj możnaby zastósować słowa Chassaignaca, że ankyloza jest stanem chorobowym, który uważać należy czasem za dobrodziejstwo, że jest to rodzaj *noli me tangere*, które trzeba umieć uszanować. *(Thèse de concours* 1841).

Chociaż bowiem ankyloza ta utrudniała nieco używanie odnogi, to jednak z drugiéj strony przyczyniała się do ustalenia odnogi, bez czego dawne zboczenie byłoby bez wątpienia napowrót wróciło. Widzieliśmy bowiem, że natychmiast po zdjęciu opaski gipsowéj w piątym dniu po operacyi mimo ustalenia odnogi w bucie Petita, podudzie zboczyło od nadanego mu przy operacyi kierunku, było to skutkiem skurczenia mięśnia dwugłowego uda, który przyczepiając się do główki strzałki, pociągał podudzie na zewnątrz. Skurczenie tego mięśnia było też przyczyną, że mimo istnienia ankylozy przecie zboczenie to powiększyło się lubo nieznacznie przy pracy, jakiéj się chory oddawał po opuszczeniu kliniki, tak że w celu zapobiegnięcia dalszemu rozwojowi zboczenia polecono choremu noszenie szyny Lorinsera ustalającéj kolano. Najlepszym jednak dowodem, że operacyja w naszym przypadku odpowiadała wszelkim wymogom jest może to, że operowany jest z niéj zupełnie zadowolony.

O przypadku III nie wiele mam do powiedzenia. Jest on tylko dowodem, że rana nawet tak znaczna jak wypiłowanie klina kostnego ze stopy może się zagoić przy postępowaniu aseptycznêm i przy zachowaniu zupełnéj nieruchomości odnogi pod jednym opatrunkiem i bez żadnych nieprzyjemnych przypadów. Wynik ten operacyi był bardzo zadowalający, stopa, jak to widać z powyższéj ryciny (fig. 6) odzyskała kształt prawidłowy i dziewczynka ta może chodzić po kilka godzin dziennie nie doznając żadnych dolegliwości.

Na jednę tylko okoliczność chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na skąpe wytwarzanie się kostniny w naszych przypadkach, gdyż w żadném miejscu zrośięcia się przeciętych kości nie można było wyczuć najmniejszego zgrubienia jéj jakie prawie bez wyjątku występuje nawet po prostych złamaniach kości. Czyżby to miało znaczyć, że oddziaływanie zapalne pod opatrunkiem Listera jest jeszcze mniejsze niż przy ranach ściśle podskórnych? Sądzę że nie, a za jedyny powód tego zjawiska uważałbym to, że nawet przy zupełnie prostych złamaniach kości, ani powierzchnie odłamków nie są tak równe, ani zastósowanie ich tak dokładne, ani nadwyrężenie otaczających części miękkich tak małe, jak to ma właśnie miejsce przy osteotomii wykonanéj podług prawideł sztuki.

II. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. **Lucyjan Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Na szczególną uwagę lekarza zasługuje **ruchomość** źrenicy, czyli oddziaływanie tęczówki na wymienione powyżéj wpływy, mianowicie zaś na podnietę światła. Z ostatniego bowiem rozpoznajemy w sposób przedmiotowy, od zeznań chorego niezawisły, czy siatkówka jest wrażliwą na światło, lub czy tę wrażliwość utraciła. W tym celu sadzamy chorego naprzeciw okna, a zatkawszy mu oko drugie ręcznikiem w kilkoro złożonym, tak, żeby światło nie miało do niego wcale przystępu, zasłaniamy i odsłaniamy oko badane kolejno dłonią, a jeszcze lepiéj np. książką, tak, żeby na nie padał naprzemian to pełny cień, to znów pełne światło, bacząc sami pilnie na zachowanie się źrenicy. Podczas tego badania chory winien trzymać oko całkiem nieruchomo, a w razie potrzeby (niespokoju lub ślepoty) ułatwiamy mu to zadanie każąc wpatrywać się w palec własny, w odległości około 30 cm. trzymany. Ostrożność ta jest niezbędną bo, jak wiemy, wszelki ruch oka wywołuje zmianę w rozmiarze źrenicy, a zatém tylko wykluczywszy ten wpływ możemy być pewni, że zwężenie źrenicy jest skutkiem działania podniety światła. Z tego też powodu nie mogę zalecać sposobu badania podawanego zazwyczaj w podręcznikach, żeby oko zasłaniać i odsłaniać powieką górną zsuwaną i podnoszoną kolejno za pomocą palca dużego, bo badanemu trudno ustrzedz się przytém ruchów oka, a lekarz nie może, patrząc z boku, przekonać się czy i o ile rozszerza się źrenica w chwili zasłonięcia oka.

Jeżeli tęczówka oddziaływa na wpływ światła dowodzi to (z nader rzadkiemi wyjątkami), że oko ma poczucie światła, a szybkie i mocne zwężanie i rozszerzanie się źrenicy przemawia w ogólności za dobrą wrażliwością siatkówki na światło. Jeżeli przeciwnie tęczówka nie oddziaływa na wpływ światła, nie wolno nam jeszcze wnosić z tego, że oko jest ślepe, bo przeprowadzenie podniety, wolne aż do ośrodka odruchowego w mózgu, napotkać może na przeszkody pomiędzy nim a żdziergaczem źrenicy, albo też podnieta, choć przeprowadzona, może nie wywołać skutku z powodu przeszkód mechanicznych, jak przyczepiny tylne, zarośnięcie źrenicy i t. p. W jednym i drugim razie tęczówka nie oddziaływa oczywiście na podnietę światła, pomimo, iż siatkówka jest na nią wrażliwa, pomimo że nerw wzrokowy przewodzi ją aż do ośrodków mózgowych przyrządu wzrokowego, pomimo wreszcie, że chory odróżnia doskonale światło od ciemności. Tak się ma rzecz w razie sztucznego lub chorobowego porażenia tęczówki (między innemi także skutkiem jaskry) i przeszkód mechanicznych tamujących jéj ruchy. Jeżeli więc tęczówka nie oddziaływa na światło nie wynika z tego jeszcze bynajmniéj, że siatkówka nie jest na światło wrażliwą. Chcąc się zaś przekonać gdzie tkwi przyczyna braku tego oddziaływania, czy w częściach przewodzących podnietę światła od oka do mózgu (siatkówka, nerw wzrokowy), czy w częściach przeprowadzających ją od mózgu do oka, t. j. w przyrządzie odruchowym (ośrodek odruchowy, nerw okoruchowy, zwój rzęskowy, nerwy rzęskowe, mięśnie tęczówki) zbadać musimy czy światło, wpadające do oka chorego wywołuje odruch tęczówki w drugiém, z d r o w é m oku. Jeżeli

źrenica tego ostatniego zwęzi się w chwili odsłonięcia oka chorego, to oko to, choć chore, ma poczucie światła, a jego tęczówka nie oddziaływa tylko z powodu przerwy w jego przyrządzie odruchowym.

Niechaj to przydługie, a na pozór może zbyt szczegółowe, rozwodzenie się nad rzeczami, które każdemu lekarzowi powinny być znane z fizyjologii, usprawiedliwi ważność przedmiotu i smutne niestety doświadczenie ile to grubych, a w najopłakańsze następstwa płodnych, pomyłek w rozpoznawaniu chorób oka pociąga za sobą w praktyce nieznajomość tych prawideł fizyjologicznych i zaniechanie tego ważnego badania. Kto powyższe szczegóły uważa za zbyteczne może ich nie czytać, mnie pozostanie to przekonanie, że zrobiłem co mogłem, żebym się nie spotykał tak często jak dotąd z najgrubszemi błędami w rozpoznawaniu, popełnianemi na najcięższą szkodę chorych. Stwierdzenie prawidłowego oddziaływania tęczówki na światło lub brak tegoż i zastanowienie się nad jego przyczynami uchroni między innemi najczęściéj od wcale nierzadkiego, a tak fatalnego, rozpoznawania zaćmy zamiast jaskry. W oku bowiem dotkniętém samorodną, niepowikłaną zaćmą schyłkową, a więc zresztą zdrowém, tęczówka oddziaływa na światło z a w s z e a zazwyczaj nawet bardzo dzielnie tak co do stopnia jak i co do szybkości ruchu, choć zaćma jest już dojrzałą, chory nic nie widzi a ma tylko proste poczucie światła, tém bardziej więc gdy choć z trudnością jeszcze przedmioty, choć większe, rozpoznaje. W jaskrze przeciwnie już wcześnie, tj. w okresie, w którym chory jeszcze wcale nie źle, a nawet dobrze widzi, n. p. czyta druk średni a może i drobny, tęczówka nie oddziaływa już wcale na światło, albo tylko leniwo, a źrenica okazuje się mniéj więcéj rozszerzoną, bo tęczówka ulega w tém cierpieniu, z wyjątkiem stosunkowo rzadkich przypadków niezapalnych, już wcześnie, jeżeli niezupełnemu porażeniu to przynajmniéj w pewnym stopniu. Uwzględnienie téj okoliczności naprowadzić winno nawet lekarza w okulistyce mniéj biegłego na podejrzenie jaskry, a jeżeli oko okaże się nadto twardszém, rozpoznanie jaskry jest pewném. Zazwyczaj znajdą się jeszcze inne przypady jaskry, tak, iż śmiało rzec można, że z wyjątkiem niektórych przypadków jaskry prostéj rozpoznanie téj choroby obejść się może do pewnego stopnia bez wziernika. Zwykła w przypadkach rozpoznania zaćmy zamiast jaskry wymówka lekarza, że nie mógł rozpoznać téj ostatniéj ponieważ „n i e m a w z i e r n i k a“, może więc wprawdzie uniewinnić go w oczach nieświadomego chorego, ale ani przed własném sumieniem ani przed trybunałem nauki. Co więcéj, lekarz, który nie zna znaczenia rozpoznawczego objawów jaskry, gołém okiem dostrzegalnych, osobliwie tęczówkowych i źrenicznych, znalazłby się podobno w największym kłopocie, gdyby mu dostarczono wziernik, boć łatwiéj nabyć to drogocenne a tanie narzędzie, niż władać niém wprawnie i widzieć, a to co się widzi umieć w celach rozpoznawczych zużytkować.

Czysto czarna **barwa** źrenicy nakoniec zmienia się u każdego człowieka w wieku późniejszym, z powodu, że soczewka, za młodu bezbarwna, żółknie począwszy od 30 roku życia, zrazu wprawdzie nieznacznie, z wiekiem jednak coraz bardziéj, tak, iż około 50 roku życia barwę bursztynu przybiera. Skutkiem tego, iż soczewka, choć przeźroczysta, odbija pewną ilość żółtych promieni światła mięsza się do czarnéj barwy źrenicy osób wiekowych pewien żółtawo lub zielonkowato szary odblask, u niektórych, zwłaszcza przy rozszerzonéj źrenicy, tak mocny, że niedoświadczonego łatwo w błąd wprowadzić i do rozpoznania zaćmy skłonić może. Badanie wziernikowe usuwa w takich razach wszelką wątpliwość.

W stanie chorobowym barwa źrenicy zmienia się bardzo często na białawą i szarą z różnemi odcieniami żółtego i zielonkowatego i różném natężeniem skutkiem zaćmy, błon rzekomych w źrenicy, mocnych zaćmień w ciałku szklaném, mianowicie w przodkowych jego częściach, mocnego zaćmienia i wyparcia ku przodowi siatkówki oderwanéj, rozległych, jasno zabarwionych wypocin na dnie oka, rozległego zaniku naczyniówki, skutkiem jaskry i nowotworów w głębi oka, jak glioma siatkówki i t. d. Z wyjątkiem zaćmy daléj posuniętéj, grubszych błon rzekomych w źrenicy, srebrzystego odblasku skutkiem glioma, które okiem gołém przy oświetleniu dzienném widzieć i rozpoznać można, wszystkie inne odblaski jakiéjbądź barwy, wydobywające się przez źrenicę z głębi oka nie mają najczęściéj nic właściwego, nasuwają więc co najwięcéj podejrzenie o obecności zmian chorobowych po za źrenicą, nie uprawniają atoli do szczegółowego rozpoznania ich przyczyny, rodzaju i siedziby.

Badanie części oka położonych po za źrenicą nie może też obejść się bez wziernika, o którym w drugiéj części mówić będziemy. Pierwéj atoli wspomnieć muszę o badaniu za pomocą lupy i tak zwanego oświetlenia ogniskowego, które już do badania rogówki, komórki przodkowéj, tęczówki i źrenicy z wielką korzyścią stosujemy. Najwięcéj rozpowszechnioną jest lupa Brückego, powiększająca kilkakrotnie, a niewymagająca przecież zbytecznego zbliżenia oka badającego do badanego.

Oświetlenie ogniskowe, zwane także boczném lub skośném, polega na tém, że światło dobréj lampy skupiamy za pomocą mocnéj soczewki wypukłéj (20 dyoptryj czyli numer 2gi) na téj właśnie części oka, którą dokładnie oglądać chcemy. W tym celu sadzamy chorego w pokoju ciemnym bokiem przy stole, tak, żeby stół znajdował się po stronie oka badanego. Z boku i cokolwiek naprzód od chorego stawiamy lampę w odległości około 40 cm. od oka, a ująwszy soczewkę wypukłą palcem wskazującym i dużym w dwóch naprzeciwległych sobie miejscach jéj brzegu i oparłszy rękę resztą palców na skroni i czole chorego trzymamy ją tak pomiędzy lampą a okiem, żeby promienie światła, po załamaniu przez soczewkę, skupiły się w jéj ognisku i utworzyły obraz odwrotny płomienia lampy na téj części oka, którą dokładnie zbadać zamierzamy. Miejsce, na które pada obraz płomienia lampy jest więc silnie oświetlone i rzuca na plamkę żółtą badającego obraz bardzo jasny, a wrażenie przezeń wywarte potęguje się jeszcze bardziéj skutkiem przeciwieństwa, bo z powodu zaciemnienia pokoju reszta siatkówki znajduje się w cieniu. A tak jak gwiazdy, niewidoczne w dzień z powodu jednostajnego oświetlenia całéj siatkówki, zwróconéj ku firmamentowi, błyszczą jasno w nocy, kiedy z wyjątkiem plamki żółtéj, na którą ich obraz pada, resztę siatkówki ciemność zalega, tak samo uwidoczniają się wyraźnie przy oświetleniu ogniskowém w pokoju ciemnym i najdrobniejsze zmiany chorobowe, których przy świetle dzienném nawet za pomocą lupy nie widzimy.

Badanie przy oświetleniu ogniskowém rozpoczynamy od rogówki, wytwarzając obraz płomienia lampy naprzód na niéj i przenosząc go zwolna, za pomocą odpowiednich zmian położenia soczewki oświetlającéj, po kolei na wszystkie części p r z o d k o w é j p o w i e r z c h n i téj błony. Przybliżając następnie soczewkę coraz bardziéj do oka badanego

skupiamy światło po kolei w różnych warstwach samego miąższu rogówkowego, a w końcu na błonie Descemetego, powlekającéj tylną powierzchnię rogówki. Przy należytéj wprawie możemy w ten sposób nie tylko dostrzedz w ogólności najdrobniejsze zmiany chorobowe, ale nawet oznaczyć szczegółowo czy się na jéj powierzchni przodkowéj, lub w jéj właściwym miąższu i w jakiéj jego głębokości, lub wreszcie na błonie Descemetego znajdują, a to mianowicie według tego, czy one najwyraźniéj przy najsilniejszém oświetleniu przodkowéj lub tylnéj powierzchni, lub też samego jéj miąższu występują.

Zbadawszy rogówkę w całéj jéj rozległości i grubości przybliżamy soczewkę cokolwiek do oka badanego, a skupiając światło po kolei najmocniéj w komórce przodkowéj, na tęczówce, w źrenicy i soczewce śledzimy zmiany chorobowe w tych częściach oka, ułatwiając sobie badanie dwóch ostatnich przez sztuczne rozszerzenie źrenicy za pomocą atropinu, a jeszcze lepiéj homatropinu. Przy mocno rozszerzonéj źrenicy możemy wierzchołek stożka promieni wrzucić nawet do przodkowéj części ciałka szklanego i ujrzeć w niém grubsze przynajmniéj zmiany, jak krew wynaczynioną, ciała obce, zaćmienia i t. d.

Badanie ogniskowe połączyć można w razie potrzeby z badaniem za pomocą lupy. W tym celu oglądamy części oka ogniskowo oświetlone za pomocą lupy Brückego, albo, jak Schweigger radzi, za pomocą dużéj soczewki o 6 do 8 cm. średnicy, a mniéj więcéj 15 cm. odległości ogniskowéj, jakiéj ludzie wiekowi niekiedy do czytania używają. Trzymając taką soczewkę, zaopatrzoną w stósowną rączkę, w takiéj odległości od swoich oczu, abyśmy oboma równocześnie przez nią widzieć mogli, od oka badanego zaś tak oddaloną, aby jak najmocniéj powiększała, ujrzymy przedmiot badania powiększony nie tylko w płaszczyźnie ale zarazem i w wymiarze jego głębokości.

Ciałko szklane i dno oka badać możemy przedmiotowo tylko za pomocą wziernika, o którym w następnym rozdziale mówić będziemy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Obecny stan sprawy wykrywania zfałszowań masła obcemi tłuszczami. Skreślił Dr. Leon Kopff.

W ciągu czterech lat ostatnich metody wykrywania zfałszowań i badania masła uległy znacznym zmianom. Zmiany te inaugurował O. Hehner z Wight w r. 1876 pracą p. t. *„Die Analyse des Butterfettes mit besonderer Rücksicht auf Entdeckung u. Bestimmung von fremden Fetten"* (*Zschrft. f. anal. Chemie* XVI, 145). Przedtém opierano badania prawdziwości masła li tylko na jego własnościach fizycznych; oznaczano punkt topliwości, rozpuszczalności w wyskoku, eterze, benzynie etc. badano zachowanie się względem stężonych kwasów i t. p. Metody na takich zasadach oparte dozwalały wprawdzie odróżnić czysty tłuszcz od masła i na odwrót, nie były jednak w stanie wykryć i oznaczyć przymieszki obcych tłuszczów do masła. Tymczasem wiadomo, jak nie trudno otrzymać przez odpowiednie zmieszanie tłuszczów łatwo z trudno topliwemi i dodanie niewielkiéj ilości masła, takie produkta, które na pozór nie będą się różniły od masła czystego, ani wejrzeniem, ani smakiem, ani zapachem, ani fizycznemi własnościami. Z drugiéj znów strony zdarza się, że masło, które skutkiem starości przybrało smak, wejrzenie i zapach łoju, niesłusznie za łój poczytane bywa.

Hehner, a następnie E. Reichert i Koettstorfer wprowadzili metody o wiele dokładniejsze, a nawet prostsze. Metody te polegają na oddzieleniu kwasów tłuszczowych lotnych od nielotnych i na ich oznaczeniu.

Masło różni się od wszystkich innych tłuszczów, pochodzenia tak zwierzęcego jak i roślinnego, zawartością kwasów tłuszczowych lotnych lub we wodzie rozpuszczalnych. Wszystkie tłuszcze są mięszaniną trójglycerydów z kwasem stearynowym, palmitynowym i olejowym, kwasów nielotnych i w wodzie nierozpuszczalnych. Masło zaś zawiera jeszcze oprócz tych składników kwasy rozpuszczalne we wodzie i lotne jak kwas masłowy, kapronowy, kaprylowy i taurynowy.

Na tych własnościach masła oparty O. Hehner użył następnéj metody. Zmydlił pewną, oznaczoną ilość masła, rozpuścił otrzymane mydło w wodzie i wydzielił kwasem siarkowym rozcieńczonym kwasy tłuszczowe w wodzie nierozpuszczalne. Ciecz odlaną poddał destylacyi, a przepędzone kwasy tłuszczowe lotne oznaczał ługiem potasowym lub sodowym, odpowiednio ustawionym. Metoda ta, po kilkakroć próbowana, nie zawsze dawała wyniki odpowiednie. Z tego powodu podaje daléj Hehner następną metodę: Z danéj ilości masła, dokładnie poprzednio przez przetopienie, odstanie i odsączenie oczyszczonego, odważa się 3 do 4 grm. dodaje się do tego 50 cm. sz. alkoholu i kawałeczek wodnika sodowego lub potasowego, do 2 grm. ważącego. Całą mięszaninę ogrzewa się na łaźni wodnéj, przez co wkrótce rozpuści się tłuszcz w ciecz żółtą, woni eteru masłowego. Alkohol odparowuje się daléj na łaźni wodnéj, poczém pozostałość rozpuszcza się w 100 do 150 cm. sz. wody i dodaje się kwasu rozcieńczonego solnego lub siarkowego, aż do silnie kwaśnego oddziaływania. Kwasy tłuszczowe nierozpuszczalne wydzielą się teraz jako masa biała, kłaczkowata, wypływająca na powierzchnię i tutaj za ogrzaniem rozpływająca się w oléj jasny. Tak wydzielone kwasy zbiera się na sączek zwilżony, (przed tém zważony) wymywa się dokładnie wodą wrzącą i suszy się wraz z sączkiem w pucharku, również poprzednio zważonym, przy ciepłocie 100° C. Według Hehnera masło tak badane powinno dać 86.5 do 87.5% (rzadko do 88%) kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych. Wszystkie inne tłuszcze, tak roślinne i zwierzęce, dają ilości mało co przewyższające lub prawie dochodzące 95.5%. Tłuszcz domieszany do masła oznacza Hehner ilościowo za pomocą wzoru: $8:100=(t-87.5):x$, gdzie t oznacza ilość znalezionych kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych. (8 stanowi różnicę między przyjętemi średniemi liczbami kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych masła i innych tłuszczów $95.5-87.5=8$ i odpowiada 100 częściom tłuszczu).

Fleischmann i P. Vieht (*Zschrf. f. anal. Chem. von Fresenius* XVII, 287) wykonali tą metodą koło 139 rozbiorów różnych prób masła czystego, jako też zfałszowanego domieszaniem różnych tłuszczów roślinnych i zwierzęcych. W całości potwierdzają oni wyniki metody Hehnera, ale dla masła znaleźli średnią ilość kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych znacznie większą, niż ją Hehner podaje. Według Fleischmanna i Vietha waha się ona między 85.79 a 89.73, i należy dla okrągłości rachunku przyjąć różnicą nie 8 ale 4%. Stósownie do tego, słusznie powiadają obaj wyżéj wymienieni autorowie, nie możnaby wykryć fałszerstwa w mię-

szaninie z równych części czystego masła i obcych tłuszczów. Badacze ci są mniemania, że główny błąd polega w niedokładności oddzielenia na sączku kwasów tłuszczowych rozpuszczalnych od nierozpuszczalnych i przemywaniu ich wodą wrzącą. Raz bowiem potrzeba więcéj, drugi raz znów mniéj wody wrzącéj, a zresztą woda ta raz prędzéj drugi raz wolniéj przez sączek przechodzi, a stósownie do tego mniéj lub więcéj dokładnie zabierze z sobą kwasy tłuszczowe rozpuszczalne. Zresztą nie tak łatwo jest oznaczyć, czy już więcéj nie ma na sączku kwasów tłuszczowych rozpuszczalnych, bo nawet zawodzą tutaj najczulsze papierki lakmusowe.

Również M. Kretzschmar (*Bericht d. deutsch. chem. Gesell. 1877. B. 2091*) uważa liczbę średnią Hehnera dla masła za nisko ocenioną. Badał on większą liczbę różnych prób masła i znalazł wartości: 89.34%; 89.45%; 89.57%; 89.20%; 88.95; 89.55% kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych w czystém maśle. W końcu przychodzi do wniosków: 1) że za pomocą próby Hehnera można odróżnić masło prawdziwe od fałszywego, lecz że 2) masło należy uważać tylko w takim razie za zafałszowane obcemi tłuszczami, jeżeli ilość kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych przechodzi 90%.

E. Reichardt (*Archiv der Pharmacie, IX Bd. 2 Hft 1878*) podaje następujące wyniki badań dokonanych według metody Hehnera. W 9 badanych próbach masła czystego ilość kw. tłuszcz. nierozp. wahała się między 85.70 a 88.02. Dla innych tłuszczów wypadła średnio 94,32% t. j. około 1.2% niżéj niż Hehner podaje. Dla masła z 85.73% kw. tłuszcz. nierozp. zmieszanych z

10% tłuszczu	wieprzowego	87.36%	wypada kw. tłuszczowych nierozpuszczalnych.
20% „	„	89.05%	
25% „	„	88.90%	
33.3% „	„	88.21%	
50% „	„	90.65%	

a zatém mieszanina z 10% tłuszczu wieprzowego według średniéj Hehnera 87.5, nie dałaby się wykryć.

W mięszaninie z 20% tłuszczu $89.05 - 87.5 = 1,55 \times \frac{100}{8}$ wypada 19.4% domieszki. W ten sam sposób wykryto i obliczono w mieszaninie z 33.3% sadła, 22.6%, z 50% zaś 40% domieszki.

Daléj po zmięszaniu masła zawierającego 86.8% kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych,

z 10% łoju	wołowego	87.88%	wypada kw. tłuszcz. nierozpuszczalnych
„ 25% „	„	88.44%	
„ 33.3% „	„	89.92%	

a zatém i tutaj przy użyciu średniéj, podanéj przez Hehnera 87.5, nie można wykryć domieszki, jeżeli ta nie przechodzi 10%; dla mięszaniny zaś z 25% łoju, oblicza się tylko 11.4%, dla mięszaniny 33.3%, koło 30.25% domieszki.

Bachmeyer (*Dinglers polytechn. Journal Bd. 226. S. 103*), analizował według metody Hehnera trzy próby masła, zawierały one 86—87.5% kw. tłuszcz. nierozp. Masło sztuczne, otrzymane przez zmięszanie 1% tłuszczu wieprzowego, 1% łoju wołowego i 2% czystego masła, dało 91.32 i 91.52 kw. tłuszcz. nierozp., co odpowiada domieszce 47.7 i 50% obcych tłuszczów; 55% masła zmięszanych z 45% tłuszczu końskiego dały 91.2% kwasów tłuszczowych nierozpuszczalnych, z czego wypada 46.2% domieszki obcych tłuszczów według obliczenia.

R. Sachsse (*Fresenius Zschft. f. anal. Ch. 17, 151*) badał według metody Hehnera pięć prób masła starego które już cały rok leżały w piwnicy. Masło było na powierzchni spleśniałe, smaku ostrego, woni przejmującéj kwasów tłuszczowych lotnych. Mimo to analiza wykazała w nich następne ilości kwasów tłuszcz. nierozpuszczalnych 88.00%, 87.80%, 88.2%, 88.00%, 87.40%, czyli wszystkie próby masła mogły uchodzić za niezfałszowane przymieszką obcych tłuszczów. A więc utrata kwasów tłuszczowych lotnych, jaka przez ten czas powstała, była tak nieznaczną, że nie mogła przy zastósowaniu metody Hehnera sprowadzić pomyłki z próbami masła zafałszowanego.

Dietzell i Kressner (*ibidem 18, 83*) znaleźli dla oleju palmowego 95.6%, dla oleju lnianego 95.0%, rzepakowego 95.6 itd. Stwierdzili również, że próbą Hehnera można od różnić masło stare od zfałszowanego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Allan: O użyciu lewatyw zamiast czyśćców w zatwardzeniu w przebiegu duru.

W krótkim artykule, zamieszczonym w *The Lancet* 1881 I. Nr. 23, wymienia autor zarzuty przeciw użyciu czyśćców w durze i zalety w tym razie lewatyw.

Zarzuty przeciw użyciu czyśćców są następne:

1) Czyśćce drażnią żołądek. W durze, jak w wielkiéj części chorób gorączkowych, żołądek łatwo ulega zadrażnieniu i wyczerpaniu. Ważną przeto jest rzeczą oszczędzić żołądkowi wszelkiego niepotrzebnego zadrażnienia, równie jak utrzymać go w odpowiednich warunkach, aby mógł spełniać swą fizyjologiczną czynność, tj. trawienie, a czynność ta żołądkowa jest wielkiéj wagi w przebiegu duru.

Nasuwa się daléj myśl, że nawet łagodne czyśćce mogą sprawić nie tylko nudności, lecz i wymioty a do tych ostatnich, jak nieraz uważano, dołączyć się może niebezpieczeństwo przedziurawienia kiszek w późniejszych okresach choroby.

2) Czyśćce mogą sprawić rozwolnienie bolesne i wyczerpujące siły chorego. Jestem przekonany, powiada autor, że bezwzględne zastósowanie czyśćców w durze może dać powód do ciężkiego i niebezpiecznego rozwolnienia, które jest w stanie wyczerpać siły chorego częścią przez utratę płynów a częścią przez zmęczenie, jakie nastaje przy częstém udawaniu się na stolec. Zdaje się, iż w niektórych przypadkach duru środek czyszczący może dać powód do nagłego wyczerpnięcia sił (*prostratio*).

3) Czyśćce mogą dać powód do groźnego krwotoku. Nie można przeczyć, iż gdy podajemy czyśćce, które wprawią rozranione jelito cienkie w silne ruchy, natenczas istnieje wielkie niebezpieczeństwo ze strony krwotoku kiszek. Gdy uprzytomnimy sobie stan gruczołów Payera w późniejszych okresach choroby, pojmiemy, że niebezpieczeństwo to nie jest wymysłem.

4) Czyśćce mogą dać powód do przedziurawienia kiszek. Każdy pojmie rzeczywistość tego niebezpieczeństwa, kto zwróci uwagę, iż ściany kiszek przez owrzodzenia stać się mogą tak cienkiemi, że przy nieco tylko gwałtowniejszym ruchu nastać może przedarcie. Nie potrzeba może przytaczać, że przedziurawienie kiszek, któremu towarzyszy wystąpienie kału do jamy otrzewnowéj, zwykle pociąga za sobą śmierć chorego.

Gdy więc zwrócimy na to uwagę, że to podrażnienie żołądka i kiszek cienkich jest nie tylko bezpożyteczne, lecz zarazem niebezpieczne i gdy daléj zwrócimy na to uwagę, że czynimy go jedynie w celu wypróżnienia prostnicy, a co możemy w inny sposób osiągnąć, nie uciekając się do téj

ze wszech stron pełnéj zarzutów metody, to zdaje się dość już powiedziano, aby potępić użycie czyśćców celem usunięcia zapieczenia stolca w durze.

Korzyści natomiast z użycia lewatyw są następujące:

1) Lewatywy spełniają to wszystko, co zamierzamy osiągnąć, tj. wypróżnienie prostnicy. W prostnicy to bowiem znajdujemy stwardniały kał sprawiający biednym chorym tyle cierpień i przykrości. Nagromadzenie to stwardniałego kału w prostnicy stanowi gotowe źródło niebezpieczeństwa i cierpień dla chorego na dur. Jeżeli chory dotknięty jest krwawnicami, to przechodzenie kału może dać powód do agonii a może téż nastać znaczna utrata krwi. Lepiéj przeto unikać tego niebezpiecznego stanu, ale jeżeli się już przydarzył to najłatwiejszy i najskuteczniejszy sposób ulżenia posiadamy w zastósowaniu obfitéj lewatywy z wody ciepłéj i mydła z dodatkiem może jeszcze oliwy.

2) Ulga nastaje zaraz. Jest to bardzo ważne, bo usuwa się téż i źródło drażnienia.

3) Ulgę otrzymujemy bez jakiegokolwiek zazwyczaj zakłócenia wyższych części przewodu pokarmowego.

Kończąc autor nie twierdzi, że użycie łagodnych a nawet silnych czyśćców w leczeniu duru musi koniecznie pociągać skutki niepomyślne lub groźne, ale mniema, że przy użyciu tychże istnieje niebezpieczeństwo zwłaszcza w późniejszych okresach choroby i kładzie nacisk na to, że posługugując się lewatywami osiągamy cel nie narażając chorych na niepotrzebne cierpienia i niebezpieczeństwo. (*The Lancet* 1881 I. Nr. 26). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Nadzwyczajnie wysoka ciepłota.** Prawdziwie amerykańską wiadomość podaje *Gazz. med. ital.* 23-letnia histeryczka wstąpiła do szpitala w skutek nadużycia środków narkotycznych. Ciepłota badana pod pachą wynosiła wieczorem 44.4°C.; nazajutrz rano ciepłota wieczorna utrzymywała się a w drugiéj połowie dnia stopniowo obniżyła się. W kilka dni potém ponownie ciepłota wzniosła się do 44.4°C., a wieczorem do 47.2°C. w pasze lewéj, w pasze zaś prawéj wynosiła zaledwie 43.3°C. Po upływie kilku dni ciepłota w pasze lewéj wynosiła 43.3°C., w prawéj 46.1°C., a w jamie ustnéj 46.6°C.; w tym czasie ciepłota sali wahała się między 10° a 16°. Na 5 dni przed wyjściem ze szpitala raz jeszcze ciepłota podniosła się do 47.2°C., a w wilię opuszczenia szpitala wynosiła ona 36.6°C. Chora ta dziś jest zupełnie zdrową. Czy też podający te spostrzeżenia posiadał dokładny ciepłomierz, czy się zapewnił, że słup rtęci nie był przerwany? Liczby podane przez gazetę włoską wchodzą w kolizyję z twierdzeniami fizyjologii i niewątpliwie są następstwem niedokładności ciepłomierza.

(A. K.) **Rozczyn jodoformu w olejku rozdrębowym** (1:4) leczy nader skutecznie podług Dra H. C. Howarda wszystkie postacie liszaja; dwu- lub trzykrotne zastosowanie tego rozczynu pędzelkiem wystarcza do usunięcia liszaja. Howard stwierdza skuteczność dawniéj już poleconych świeczek z jodoformu (2.0) i tłuszczu cacao (9.0) w tryprze i białych upławach (*The London med. Rec.* 1881 maj, str. 192 i 193).

(A. K.) **Leczenie żylaków na odnogach dolnych i jądrze** uskutecznia Dr. Douglas następującym, przez niego pomyślanym przyrządem (*vein brooch*); jest to brożka składająca się z rogowéj płytki do dolnéj powierzchni któréj na zawiasku przymocowana szpilka, ktorą się wbija pod żyłę i ostrze zakłada się w kółeczko pod płytką przymocowane; w ten sposób żyła zostaje uciśniętą, i żylak zanika; bólu prawie nie bywa, w ogólnym stanie chorego D. nie spostrzegał żadnych zaburzeń. (*The Lancet* 1881, str, 543 i 544.

(A. O.) P. Landowski na Zjeździe lekarzy francuskich w Algierze podał do wiadomości przypadek, w którym powstrzymał **bardzo znaczny krwotok z guzów hemoroidalnych** za pomocą kąpieli nasiadowéj z wody gorącéj bo od 35° do 45° C. zwolna podczas użycia ogrzewanéj. Kąpiel trwała kwadrans a przez cały ten czas stało ujście prostnicy otworem przez wprowadzenie weń wziernika stolcowego. Nie tylko ustały krwotoki ale i guzy się powoli zmniejszały, aż w końcu znikły, co jeszcze w pół roku stwierdzono. *(Revue de Chirurgie.* Nr. 6. *Juin 1881).*

(K. Gr.) **Mumps.** Capitain i Charrin uwzględniając kliniczne powody, dla których mumps zalicza się do chorób zakaźnych, poszukiwali organicznego jadu w wydzielinach chorych chorobą tą dotkniętych. W każdym przypadku we krwi znaleźli obfitą ilość drobnych ustrojów po największéj części sferycznego kształtu, ale czasami téż podłużnych i w kształcie ruchomych pręcików. W ślinie, jak zwykle, znaleźli znaczne ilości ustrojów, lecz większa ich część podobną była do znajdywanych we krwi. Żadnych zaś ustrojów nie znaleźli w moczu. (*The Lancet* 1881, I. Nr. XXIV).

(A. O.) A. Léon z Rochefortu radzi po wykonaniu **uretrotomii wewnętrznéj** nie pozostawiać cewnika stale, tak jak to po największéj części zwykli robić operatorowie, gdyż to nie zabezpiecza od nacieku moczowego; lecz wprowadzać 4—5 razy na dzień cewnik metalowy Nr. 16—20 celem odciągania moczu zakazując choremu oddawać mocz drogą zwykłą.— Dwa lub trzy dni wystarczają, aby rana wewnętrzna się zagoiła a tém samém i niebezpieczeństwo infiltracyi lub ponownego zwężenia minęło. *(Revue de Chirurgie. — Congrès d'Alger. Juin 1881).*

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ministerstwo obrony krajowéj L. 676 dn. 10 czerwca 1881. Doświadczenie pouczyło, że rozporządzenie minister. spr. wew. z dn. 26 lipca 1875 L. 10,723 i min. obrony kraj. z dn. 4go maja 1876 L. $\frac{6327}{1310}$ IV wzywające lekarzy cywilnych do pełnienia służby wojskowéj w czasie wojny, wielu zdolnych do tego rodzaju służby przez to głównie odstraszyło, że żądano od nich wystawienia rewersu. Aby nie być pozbawionym pomocy ze strony lekarzy cywilnych, a przedewszystkiem, aby pozyskać świeże siły do służby wojskowéj, ministerstwo wojny i obrony krajowéj nie wymaga więcéj rewersu, tylko zadawala się prostém oświadczeniem, że ten lub ów lekarz gotów jest objąć służbę wojskową w czasie wojny. Również nie żąda się tego, aby lekarze cywilni mianowani na czas wojny byli przydzielani do trupy obrony krajowéj, tylko lekarze tacy będą wzywani do służby w wojsku z zachowaniem stanowiska lekarzy cywilnych.

Lekarze cywilni pełniący służbę w wojsku pobierać będą odpowiednie wynagrodzenie, za gorliwość w służbie znajdą należyte uznanie, a w razie utraty życia w czasie pełnienia służby wojskowéj, będą miały wdowy i sieroty po nich pozostałe prawo do wsparcia ze strony c. k. władz rządowych. C. k. Namiestnictwo wydawać będzie opinije o kandydatach i przydzieli ich do odpowiednich terytoryjów wojskowych obrony krajowéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu 26 (do 25 czerwca) ospa w Londynie nieco złagodniała. Świeżo zapadło 338, umarło 88, leczyło się w szpitalach 1692. W Wiedniu umarło z ospy 15, w Budapeszcie 4, w Pradze 2, w Paryżu 24, w Petersburgu 8, w Saragosie 7, w Liverpolu 4 w Lissabonie od 22—28 maja 2, w Bazylei, Brukseli, Wenecyi, Aleksandryi po 1. W Filadelfii i Chicago mniej umarło w 2 połowie maja, a więcéj w Nowym Yorku. W Madrasie umarło od 7—13 maja 53. Odra panuje w Bazylei, Londynie. Z duru brzusznego umarło więcéj w Budapeszcie, Paryżu i Petersburgu, mniej w Genewie. Z duru osut-

kowego umarło w Budapeszcie 4, w Londynie 2, w Wenecyi 1, w Petersburgu 66. W większych miastach hiszpańskich w Madrycie, Walencyi, Maladze, Murcyi, Granadzie pojawia się częściéj tyfus osutkowy. W Rio de Janeiro umarło od 16—30 kwietnia 10 z febry żółtéj. W Krakowie umarło w 27 tygodniu (do 2 lipca) 5 z odry, 2 z płonicy, 3 z błonicy, 1 z krztuśca, 6 z duru osutkowego, 1 z róży; a doniesiono w tymże czasie: o 8 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 54 duru osutkowego, 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 26 (do 25 czerwca) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,1; w Poznaniu 35,5; w Wiedniu 31,6; w Budapeszcie 33,0; w Pradze 37,3; w Tryjeście 26,1; w Berlinie 32,3; w Wrocławiu 40,5; w Gdańsku 26,3; w Mnichowie 40,5; w Dreźnie 26,2; w Lipsku 16,5; w Bazylei 31,0; w Brukseli 23,6; w Amsterdamie 24,2; w Hadze 25,6; w Paryżu 23,0: w Londynie 19,1; w Kopenhadze 26,1; w Stokholmie 23,5; w Chrystyjanii 22,5; w Petersburgu 61,2; w Odessie 33,5; w Wenecyi 18,6; w Bukareszcie 19,5; w Madrycie 34,7; w Barcelonie 24,8; w Lizbonie 28,3; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 29,9; w Filadelfii 22,4; w Rio de Janeiro 45,0; w Bombaju 28,1; w Madrasie 39,4. *J. B*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lipca. W chwili, kiedy oddajemy pod prasę dzisiejszy numer Przeglądu, rozpoczyna swe prace Trzeci Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Jak wszystko, co wychodzi z pomysłu Dra Baranieckiego, Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich nie tylko szczycą się powodzeniem, lecz z biegiem czasu zyskują na znaczeniu.

Wyjątkowe położenie nasze, brak szkół kształcących tak lekarzy jak i przyrodników w jednym kierunku naukowym, a jako proste jego następstwo, brak ustalonego jednostajnego wyrazownictwa tak lekarskiego jak i przyrodniczego; daléj rozpierzchnięcie się sił naszych pisarskich po obcych nam piśmiennictwach, rozdrobienie naszych zasobów umysłowych i pieniężnych w przedsiębiorstwach małych, ścieśnionych warunkami poosobnych prowincyi; brak wszelkiego wspólnego planu, wspólnéj busoli, podnoszą znaczenie Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, i rozszerzają zakres ich działania główny, naukowy, na pole spraw obywatelsko-lekarskich. Jeśliby Zjazdy lekarskie za granicą i utraciły racyję bytu, Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich zawsze mieć będą podstawę wytworzoną wyjątkowém położeniem naszem: musi być jakieś ognisko, jakiś areopag, którego uchwały nadać powinny jeden kierunek naukowym i ogólnolekarskim usiłowaniom lekarzy i przyrodników polskich.

Nie ulega żadnéj wątpliwości, że przyjęcie uczęstnictwa w Zjeździe przez pobratymców naszych, lekarzy czeskich, dodaje Zjazdowi uroku i znaczenia; zapisując fakt ten, który uważamy za wielką pomyślność, wyrażamy szczerą i głęboką radość jaka w téj chwili napełnia serca nasze. My i Czesi nie potrzebujemy metryk i rodowodów na zadokumentowanie naszego powinowactwa; po za obrębem świadomości tego powinowactwa krwi, jakaś siła magnetyczna pociąga nas na uroczystości czeskie, a nawzajem Czesi przybywają na obchody nasze; magnesem tym, tą siłą ciążenia między pobratymczymi narodami jest oprócz powinowactwa krwi, powinowactwo duchowe. Bez akcyi dyplomatycznéj, bez komitetów i agentów nawiązują się same przez się, siłą dziejowéj prawdy, węzły koleją losu zerwane, i od razu wpadamy w ten ton prawdziwy, do którego harmonizują się nasze stosunki i nasze potrzeby. W omszałych księgach pierwobytnych dziejów naszych kryje się czar téj łatwości, z jaką odszukujemy się i poznajemy się po kilkowiekowém rozłączeniu się; nad kolebką Polaków i Czechów jaśniała pochodnia téj saméj wiary, ten sam promień oświaty zachodniéj rozjaśniał nam drogę żywota dziejowego, a bądź co bądź, oświata i wiara to są te potęgi wychowawcze, w świetle których kształtuje się duchowa fizyjonomija narodów, któréj główne rysy pozostają na zawsze.

Jeśli to nasze powinowactwo duchowe z pobratymcami wzbudza ten pociąg wzajemny, to za jego sprawą, jako loiczne następstwo, wyniknąć musi, że umysłowe owoce oświaty muszą być u obu narodów podobne. Poznanie się więc nasze z Czechami na polu nauki, zrozumienie obustronnych kierunków cywilizacyjnych, słowem wytworzenie w sferach duchowych szczerego porozumienia, więcéj owocu dającego aniżeli porozumienia polityczne, jest interesem dobrze zrozumianym i obowiązkiem wzajemnym obu narodów. To cywilizacyjne porozumienie ma dla nas wielkie znaczenie ze względu na mający wkrótce powstać czeski Uniwersytet w Pradze, na którym uczniowie Rokitańskiego, Škody i Purkinjego w rodzinnéj mowie pouczać będą; Uniwersytety w Pradze, Zagrzebiu, Krakowie i Lwowie, to są twierdze duchowe zachodniéj słowiańszczyzny, których przeznaczeniem jest odparować zamachy w jedną i w drugą stronę i utrzymać w sile i powadze ten duchowy sojusz odporny.

W imieniu obu Towarzystw lekarskich krajowych, których Przegląd jest organem, witamy was z głębi rozradowanego i szczęśliwego serca bracia koledzy i życzymy, ażeby Zjazd zupełnie odpowiedział swemu zadaniu naukowemu, które jest jego głównym celem i ażeby *„utili dulce“* pobyt wasz między nami był tak Wam przyjemnym, jak my mieszkający w tym grodzie, tego z całego serca dla Was i dla nas pragniemy.

* Stowarzyszenie lekarzy czeskich w Pradze wydało Słownik ogólnolekarski niemiecko-czeski, wypracowany przez prof. Weissa, Doc. Janowskiego i Dra Zahora, oraz Słownik łacińsko-czesko-niemiecki wyrazownictwa farmakologicznego, wypracowany przez Dra Jandousa.

Dla braku kompetencyi nie zastanawiamy się nad wartością lingwistyczno-naukową téj pracy; ocenią ją ci, którzy gruntownie znają język czeski, a więc sami Czesi; my poruszymy sprawę uboczną, a mianowicie, że w skutek nawiązujących się naukowych stosunków z kolegami pobratymczego narodu, oraz ze względu na mający powstać Uniwersytet w Pradze z wykładem czeskim, poznanie języka czeskiego staje się dla nas niezbędném, tak ze względów naukowych, jak i obywatelskich; a Słownik, o którym mówimy, niezmiernie ułatwi nam to zadanie. Koledzy, którzy podzielają to nasze zapatrywanie, niewątpliwie zaopatrzą się w ten Słownik, czém poprą dzielnie dzieło naszego zjednoczenia duchowego z Czechami.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich do d. 13 lipca bawiło gości 5.780, w Giesshübl-Puchstein do 10 lipca osób 64.

* **Krynica.** Od d. otwarcia zakładu po dzień 8 lipca przybyło gości 1347.

* **Wiedeń** 18 lipca. Dziś dzień feryjalny dla wiedeńczyków, wszystko spieszy do Sądu, aby być świadkiem rozprawy toczącéj się przed trybunałem przysięgłych przeciw mordercy barona Sothena. Wiedenki zwłaszcza wybrały się gromadnie bez różnicy wieku, matki z córkami, a ponieważ się wybrały na czas dłuższy, więc z przezorności zaopatrzyły się w wiktuały, które zgrabnie wprawdzie ale gorliwie spożywają śród rozprawy. Przypadek ze stanowiska sądowolekarskiego bardzo prosty: śmierć z krwotoku wewnętrznego skutkiem ran postrzałowych, ale ponieważ osobistość zmarłego była wcale niepopularną, więc pożądanemby było dla publiczności uwolnienie mordercy. Jako znawcy lekarscy wystąpili prof. Hofman i Dr. Doll; zadanie ich było bardzo łatwe. O sprawie téj jako i o kilku innych przy innéj sposobności poczynię swoje uwagi.

Prof. Klebs przybył znów do Wiednia pomimo pominięcia go przez Wydział. Nie ulega prawie wątpliwości, że mianowany zostanie Kundrat z Gracu.

* Przed kilku dniami umarł w Nussdorf człowiek, o którym przed paru laty dużo pisano i mówiono we Wiedniu. Leopold Karl, bednarz, lat 29 liczący, uchodził u gminu za człowieka cudownego; miał on bowiem sypiać przez dwa lata z małemi przerwami kilkotygodniowemi, w których wyłącznie przyjmował pokarmy i napoje. Lud prosty pielgrzymował do jego pomieszkania, nad którém zawieszono portret jego. Lekarze byli zdania, że Karl cierpi na katalepsyję, a co do poszczenia wyrażali wątpliwości swoje. Człowiek ten umarł ze suchot płucnych, a sekcyja wykonana przez Dra Zemana wykazała nadto puchlinę mózgową: rdzeń wyjęto, celem późniejszego zbadania go. Teraz dopiero zjawiają się świadkowie naoczni, którzy zdradzają tajemnicę, że nieboszczyk prawie codziennie się budził i jadł. Uderzającemi atoli były rysy twarzy nieboszczyka; jeszcze po śmierci uderzały one pięknością i powagą.

* **Mianowania i odznaczenia.** Pasteur otrzymał wielki krzyż legii honorowéj za prace nad chorobami zakaźnemi. Wy-

mieniają Pasteura jako kandydata na opróżnione miejsce w Akademii francuskiéj po śmierci Littrego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 29: A. Sokołowskiego: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala św. Ducha w Warszawie. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Goldflama: Długotrwałe wpochwienie kiszki cczéj spowodowane polipami; Matlakowskiego: Obecne stanowisko metody listerowskiéj, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niéj wymierzonych.

Redakcyja otrzymała:

Dra Tad. ŻULIŃSKIEGO: W obronie nauczania higijeny w Zakładach naukowych.

Názwoslovi lékařské a lékárnické. (Pod redakcyją prof. Weissa, Doc. Janowskyego, Dra Zahora i Dra Jandousa).

Sprostowanie. Na str. 409, w szpalcie 1széj, wiersz 27 od góry, zamiast szanowanie czytaj „nauczanie."

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego telcla.S